Solicitud para el Programa de Becas de la Ciudad de Carlsbad

Se aceptan solicitudes a partir del 16 de Abril a el 31 de diciembre de 2014

2014

Por favor complete la forma y regresa con los documentos requeridos a cualquier centro de la comunidad, o en el centro de natación.
 Por correo: **Parks and Recreation Department, Programa de Oportunidad de Becas, 799 Pine Avenue, Suite 200, Carlsbad, CA 92008**

Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Dirección	Ciudad/Código postal	Correo electrónico	

Pautas de HUD para el condado bajo 2014 de la renta MSA San Diego

Tamaño de la casa	Renta mensual	Renta Anual
1	\$2,304	\$27,650
2	\$2,633	\$31,600
3	\$2,963	\$35,550
4	\$3,288	\$39,450
5	\$3,554	\$42,650
6	\$3,817	\$45,800
7	\$4,079	\$48,950
8	\$4,342	\$52,100

Ingreso familiar: Debe incluir todas las parejas que no son casadas y adultos que trabajan.

Fuentes de Ingreso	Total mensual	¿Por cual miembro de Familia es recibido?
A. Salario	\$	
B. Seguro Social	\$	
C. Asistencia Publica/Welfare	\$	
D. Desempleo o incapacidad	\$	
E. Sustentó infantil (Child Support)	\$	
F. Orto ingresos	\$	
G. Otro	\$	
TOTAL de INGRESOS MENSUALES	\$	← SUME A+B+C+D+E+F+G

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN SERÁ ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL.

Juro que la información arriba proporcionada es correcta. Le notificaré a el programa inmediatamente de cualquier cambio, incluyendo mis ingresos, número de miembros en la familia, domicilio, y número de teléfono. Entiendo que el Programa de Oportunidad de Becas es un privilegio y no un derecho, y que está sujeto a la información dada en la declaración de ingresos que presenté. Y prometo que presentaré todas las copias de los documentos relacionados a la verificación de mis ingresos durante la entrevista, y juro que son verdaderos y copia fiel de los originales. También entiendo que si alguno de los estados de cuenta presentados puedan más tarde ser determinados como inadecuados, inmediatamente daré por terminado el privilegio de mi hijo de beneficiarse de este programa.

He leído la declaración arriba presentada y la entiendo.

NOTE POR FAVOR: Ambos padres o tutores necesitan firmar y fechar en la parte de abajo
 Prueba de residencia se debe adjuntar. Consulte el folleto para más detalles.

FOR INTERNAL USE
Approved _____ Not-Approved _____
Expiration Date _____

Nombre de Padre o Tutor	Fecha	Nombre de Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------	-------------------------	-------

Miembros en la familia:

Nombre	Relación o parentesco	Fecha de nacimiento si es menor de 18 años	¿Menor acogido en una familia o bajo tutela judicial? Si/No	¿Recibe ingresos? Si/No

Información de subvención para desarrollo comunitario:

¿Recibe ayuda del programa "Section 8"? Sí No ¿No tiene hogar? Sí No
 ¿Es mujer cabeza de hogar? Sí No ¿Es discapacitado/tiene necesidades especiales? Sí No

Raza:

☐ Blanco	☐ Hispano	☐
☐ Negro/Afroamericano	☐ Asiático	☐
☐ Indio americano/Nativo de Alaska	☐ Nativode Hawaii/Isleño del Pacifico	☐
☐ Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> blanco	☐ Asiático <u>y</u> blanco	☐
☐ Negro/Afroamericano <u>y</u> blanco	☐ Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> negro	☐
☐ Otro/Multirracial	☐	☐